

## Präqualifizierungsantrag

### Spezialisierte Personen für Inhalations- und Atemtherapiegeräte Atmungstherapeut/-in (Respiratory Therapist)

Bitte senden Sie den Antrag an:

**E-Mail:** [antrag@vqz-bonn.de](mailto:antrag@vqz-bonn.de)  
**oder FAX:** 0228 53 88 40 19

<input type="checkbox"/>	<b>Präqualifizierung</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Vorgezogene Präqualifizierung für Verfahren _____</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Transfer/Wechsel von einer anderen akkreditierten Präqualifizierungsstelle</b> (bitte gültiges Zertifikat beifügen. Antrag kann nur ohne jedwede Änderung angenommen werden!)		
<input type="checkbox"/>	<b>Änderung des bestehenden Verfahrens _____ aufgrund</b>		
<input type="checkbox"/>	maßgeblicher Änderungen der räumlichen Verhältnisse		
<input type="checkbox"/>	einer Änderung im Versorgungsumfang		
<input type="checkbox"/>	Verlegung der Betriebsstätte		
<input type="checkbox"/>	des Wechsels der fachlichen Leitung		
<input type="checkbox"/>	Rechtsformänderung / Umfirmierung / Inhaberwechsel		
<input type="checkbox"/>	einer sonstigen Änderung:		

#### 1. Anschrift der Betriebsstätte, für die der Antrag gilt:

Name/Firmierung	
Rechtsform	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	
Institutionskennzeichen	IK
Betriebsinhaber(in)	

#### 2. Angaben zum Hauptbetrieb, sofern vorhanden:

Name/Firmierung	
Rechtsform	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	
Institutionskennzeichen	IK
Betriebsinhaber(in)	

<b>3. Rechnungsanschrift, falls abweichend:</b>	
Firma	
Ggf. Name/Abteilung	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
<b>4. Angaben zur fachlichen Leitung:</b>	
Name fachl. Leiter(in)	
Fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/> Spezialisierte Personen für Inhalations- und Atemtherapiegeräte oder Qualifizierte(r) fachliche(r) Leiter(in) Inhalations- und Atemtherapiegeräte MTAE oder Atmungstherapeut(in)/Respiratory Therapist
	oder
	<input type="checkbox"/> Gleichwertige Qualifikation
<b>5. Angaben zu den Vertriebswegen:</b>	
Wir beabsichtigen die Hilfsmittel über folgende Vertriebswege abzugeben:	<input type="checkbox"/> aus unseren Räumlichkeiten
	und/oder (soweit die VBs auch mobil versorgt werden dürfen!)
	<input type="checkbox"/> mobil, im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten
<b>6. Ist die Betriebsstätte ein Neubetrieb?</b>	
Bezug von neuen oder anderen Räumlichkeiten, Inhaberwechsel (Erstbezug aus Sicht des Inhabers) oder maßgebliche Änderungen der räumlichen Verhältnisse (Erweiterungen, bauliche Maßnahmen u. ä.) nach dem 31.12.2009 (für alle Betriebsstätten, die nach dem 01.06.2015 erstmalig präqualifiziert werden, gilt ein Bezug nach dem 31. Dezember 2010). (Achtung: Gewerbeanmeldungen, Mietverträge etc. müssen Ihre Angabe plausibel unterstützen.)	
	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
<b>7. Erklärungen der Präqualifizierungsstelle</b>	
<p>Ein Zertifizierungsvertrag kommt zustande, wenn der Antragsteller diesen Antrag einreicht <u>und</u> der VQZ Bonn ihm eine Antragsbestätigung zustellt. Mit dem Zertifizierungsvertrag wird die Bearbeitung des Antrags, nicht ein bestimmtes Ergebnis, geschuldet. Für die Antragsbearbeitung und das anschließende Präqualifizierungsverfahren sind die Präqualifizierungsbedingungen „010 - Bedingungen PQ“ und die Präqualifizierungsgebühren „032 - Gebührenordnung PQ“ in der jeweils aktuellen Form bindend. Änderungen daran sind auch in laufenden Verfahren mit Veröffentlichung einer neuen Version der Dokumente auf der Internetseite des VQZ Bonn oder durch Zustellung in den Schriftwechseln zwischen Antragsteller bzw. Kunde und Präqualifizierungsstelle auch ohne eine gesonderte Annahmeerklärung bindend. Alle Angaben und Informationen dieses Antrags werden vertraulich behandelt.</p> <p>Bitte richten Sie sich darauf ein, dass der Schriftwechsel mit uns in der Regel <b>per E-Mail</b> erfolgt.</p>	

## 8. Es sollen folgende Hilfsmittel abgegeben werden:

Versorgungsbereich		Beschreibung
PG 14	<input type="checkbox"/>	14 A11 Ergänzungen für modulare respiratorische Systeme, Atemgasbefeuchter, Basisgeräte für schlafbezogene Atemstörungen, CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
	<input type="checkbox"/>	14 B13 Konfektionierte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme
	<input type="checkbox"/>	14 C13 Individuell angefertigte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme
	<input type="checkbox"/>	14 D Aerosol-Inhalationsgeräte, Inhalationshilfen, PEP-Mund- und -Maskensysteme
	<input type="checkbox"/>	14 E15 In-/Exsufflator, Abklopf- und Vibrationsgeräte für thorakale Anwendung
	<input type="checkbox"/>	14 F15 Sauerstofftherapiegeräte
	<input type="checkbox"/>	14 G15 Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Zubehör zur Erweiterung von Beatmungsgeräten und -modulen, Basisgeräte für Beatmung, modulare, respiratorische Systeme, Atemgasbefeuchter, Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
	<input type="checkbox"/>	14 H11 Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase

## 9. Erklärungen des Antragstellers

Ich/wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Mir/uns ist bekannt, dass falsche, verspätete oder unvollständige gemachte Angaben zur Versagung und, werden diese erst nach einer Präqualifizierung bekannt, auch zur Einschränkung, Aussetzung, Zurückziehung oder Beendigung der Präqualifizierung führen können.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich/wir erkläre(n) ausdrücklich, dass wir die Dokumente 010 – „Bedingungen PQ“, 032 – „Gebührenordnung PQ“ und 020 – „Allgemeine Geschäftsbedingungen“ erhalten oder auf der Internetseite der Präqualifizierungsstelle des VQZ Bonn ( <a href="https://www.vqz-bonn.de/download.html">https://www.vqz-bonn.de/download.html</a> ) eingesehen habe(n) und in der jeweils aktuellen Version für diesen Antrag und das Präqualifizierungsverfahren anerkenne(n).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum Unterschrift Inhaber(in), Vertreter(in) der Firma Firmenstempel

Vor- und Nachname / Funktion in BLOCKSCHRIFT (leserlich!)

### Wichtiger Hinweis!

Bitte stellen Sie zunächst den Antrag und warten unsere Antragsbestätigung ab. Mit der Antragsbestätigung erhalten Sie eine für den Antrag geltende Verfahrensnummer.

Senden Sie uns Nachweise bei Erst- und Folgeanträgen ausschließlich an die E-Mail-Adresse: [nachweise@vqz-bonn.de](mailto:nachweise@vqz-bonn.de) mit deutlicher Angabe im Betreff der E-Mail der für diesen Antrag vergebenen Verfahrensnummer.